FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

N° 265

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 mars 1904, à 1 heure

PAR

L. CHAUVIN

SÉMÉIOLOGIE

DE

L'HYPOHÉMA CHEZ LES IRITIQUES

Président : M. DE LAPERSONNE, *Professeur*

Juges : MM. BUDIN, *Professeur.*
BONNAIRE, *Agrégé.*
AUVRAY, *Agrège.*

Le Candidat repondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement medical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
	HUTINEL.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	N.....
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE
	LANDOUZY
Clinique médicale	HAYEM
	DIEULAFOY
	DEBOVE
Maladies des enfants	GRANCHER
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encephale	JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	FERRIER
Clinique chirurgicale	DUPLAY
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON
Clinique d'accouchements	PINARD
	BUDIN
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON

Agreges en exercice

MM.	MM	MM.	MM
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des travaux anatomiques)
AUVRAY.	GILLES DE LA TOURETTE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GOSSET.	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	GOUGET.	MAUCLAIRE.	THIROLOIX.
BROCA Auguste.	GUIART.	MARION.	THOINOT.
BROCA André.	HARTMANN.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	JEANSELME.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	RENON.	WALTHER.
DEMELIN.	LAUNOIS.	REMY.	WIDAL.
DESGREZ.	RICHAUD.		WURTZ.
DUPRÉ.			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance
et d'amour filial

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE LAPERSONNE

Professeur de Clinique ophtalmologique

à la Faculté de Médecine de Paris

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES

Il est de tradition que le jeune médecin, arrivé au terme de ses études, adresse ses remerciements et le témoignage de sa reconnaissance aux maîtres qui ont dépensé pour lui leur science et leur talent.

Il nous est particulièrement agréable de nous conformer à ce pieux usage vis-à-vis de nos maîtres, et, dans la mesure du possible, de nous acquitter d'une dette contractée envers eux : la dette du cœur.

Ancien élève de l'Ecole de Médecine de Nantes, nous y avons appris les premières notions d'anatomie et de chirurgie. Que MM. les Professeurs Malherbe, Jouon, Vignard, Poisson et Bureau reçoivent tous nos remerciements.

Devenu ensuite élève de la Faculté de Paris, nous ne saurions oublier les leçons de M. Albert Robin, ni celles du Professeur Jaccoud et de son chef de clinique, M. le Docteur Mangin-Bocquet, auxquels nous sommes redevable de notre éducation médicale, ni celles de M. le Professeur agrégé Bonnaire, dans le service duquel nous avons appris la pratique de l'obstétrique.

Merci également à M. le Docteur Castex, qui a bien voulu nous accueillir, avec une parfaite amabilité, à sa clinique d'oto-rhino-laryngologie, ainsi qu'à ses assistants, MM. Collinet et Rabé.

Enfin, nous devons une reconnaissance toute particulière à M. le Professeur de Lapersonne. Après avoir guidé nos études ophtalmologiques pendant deux années passées à sa clinique de l'Hôtel-Dieu, il a bien voulu nous inspirer notre thèse, nous fournir à ce sujet les plus précieuses indications, et en accepter la présidence. Nous sommes très sensible à toute cette bienveillance de sa part et nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous ne saurions non plus oublier le précieux enseignement recueilli dans les services de MM. les Docteurs Kalt et Chevallereau, aux Quinze-Vingt, et à la clinique si libéralement ouverte de M. Galezowski.

Nous adressons également nos remerciements à MM. les Docteurs Terrien, Scrini, Monthus et Opin, qui nous aidèrent pour une bonne part dans l'étude des affections oculaires, à la clinique de l'Hôtel-Dieu.

OBJET ET DIVISION

On désigne sous ce nom d'*hypohéma* ou *hyphéma*, l'épanchement sanguin se produisant dans la chambre antérieure de l'œil. L'apparition de ce symptôme, survenant à titre de complication et en dehors de tout traumatisme dans le cours des iritis ou des irido-cyclistes est un phénomène relativement rare, eu égard à la grande fréquence de ces deux affections.

Ayant eu l'occasion d'en observer quelques exemples à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, nous avons, sur le conseil de notre maître, M. le professeur de Lapersonne, entrepris l'étude de ces épanchements pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Le terrain sur lequel nous nous plaçons aujourd'hui, n'a pas encore été très exploré, ainsi qu'en témoigne la littérature médicale assez pauvre à cet égard, puisqu'avant le professeur Panas, qui consacre le premier un chapitre spécial à cette question, les ouvrages classiques gardent généralement un silence complet sur l'existence de l'hypohéma dans l'iritis. Si les observations publiées de ce symptôme ne sont pas très considé-

rables, c'est sans doute que les auteurs l'ont toujours considéré comme une complication banale, comme un épiphénomène auquel ils n'attachaient en général qu'une médiocre importance. Nous croyons aussi qu'une certaine confusion a souvent existé dans leurs descriptions au point de vue de la genèse de ces hémorrhagies. La part du traumatisme a, semble-t-il, été quelque peu exagérée, et même, sous cette rubriqne générale d'hyphémas spontanés, on a quelquefois décrit indistinctement des épanchements sanguins liés en réalité à des causes très différentes : l'iritis et le glaucome.

Broca, dans un article paru en 1883, dans les *Archives d'ophtalmologie*, intitule le premier iritis hémorrhagique l'iritis aux cours de laquelle un épanchement de sang apparaît dans la chambre antérieure, et Panas fait de la même dénomination le titre du chapitre qu'il a consacré dans son traité à l'étude de cette affection.

Mais, comme nous le démontrerons plus loin, cette dénomination ne nous semble pas appropriée, du moins dans tous les cas, au processus qu'elle désigne.

Elle semblerait indiquer, selon la remarque de M. Teillais, que l'on peut considérer l'iritis accompagnée d'hypohéma comme une entité morbide bien définie, comme une maladie spéciale ayant un caractère propre et une allure déterminée.

Sans doute, l'apparition du sang survenant dans ces conditions est parfois suffisamment caractéristique pour dominer la scène et imprimer une physionomie spéciale à l'évolution de l'iritis ; mais, à côté de ces cas, que nous croyons les plus rares, il en est d'autres dans lesquels

l'hypohéma nous apparaît seulement comme un phénomène très accessoire, d'origine absolument mécanique, pourrait-on dire, et que les antécédents locaux du sujet chez lequel il se rencontre avaient jusqu'à un certain point permis de prévoir ; enfin, dans certains cas, l'hypohéma ne présente avec l'iritis que des rapports plus ou moins lointains. A ce point de vue, il nous a semblé que l'on pouvait établir trois catégories différentes, suivant que l'épanchement se produit :

1° *Dans le cours d'une iritis récente, généralement très aiguë.* C'est la forme hémorrhagique décrite par Broca ;

2° *Dans les iritis récidivantes, ou chroniques, ou dans les irido-choroïdites anciennes, s'accompagnant le plus souvent d'une diminution du tonus oculaire ;*

3° *Chez des individus très âgés, cachectiques artério-scléreux*, etc. Ici, presque pas de réaction locale : l'iritis est extrêmement légère, elle peut même faire complètement défaut ; en tous cas, lorsqu'elle existe, elle semble servir de prétexte plutôt que de cause efficiente à l'hémorrhagie : celle-ci est, en réalité, symptôme d'un glaucome sinon confirmé, du moins latent.

Après un court aperçu historique de la question, nous nous proposons de mettre en lumière cette conception des hyphémas dans l'iritis. Assurément, notre classification n'est pas exempte de reproches, mais il nous a semblé, en commentant les observations recueillies, qu'elle correspondait en réalité à des ordres de fait très différents, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue pathogénique. Nous étudierons ensuite les carac-

tères cliniques que revêt cet épanchement et le cachet particulier qu'il peut apporter dans certains cas à l'évolution de l'iritis concomittante; enfin, nous verrons s'il y a lieu d'en déduire quelques considérations intéressantes pour le pronostic et la thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

Historique.

L'étude des hémorrhagies de la chambre antérieure et particulièrement de celles qui surviennent dans le cours de l'iritis est encore très incomplète.

Sans doute l'existence de ces épanchements avait été signalée depuis longtemps. Si l'on recherche dans la littérature médicale, on verra que dès 1830, à propos de l'iritis, Lawrence (1) écrivait cette phrase : « dans une violente inflammation il peut y avoir une hémorrhagie, le sang se mélange alors avec diverses matières épanchées. »

Quelques années auparavant, Leblanc (2) avait déjà décrit des faits semblables chez les animaux, et parlant « des maladies des chambres aqueuses dont l'existence se manifeste par le changement des liquides que contiennent ces cavités » il montre que l'ophtalmie très intense peut s'accompagner de troubles sanguinolents.

(1) Lawrence. *Traité pratique des maladies des yeux*, 1830, p. 236.
(2) Leblanc. *Traité des maladies des yeux observées chez les principaux animaux domestiques*, 1824.

Desmarres (1840), puis Carron du Villards 1847) font également mention des hypohémas dans leurs ouvrages. Mais lorsqu'on parcourt ces auteurs, on voit qu'aucun d'eux ne semble attacher une grande importance à ce phénomène. Pour la plupart ils se bornent à le définir, attribuant le plus souvent son existence a la production d'un traumatisme, sans chercher s'il existe d'autres causes susceptibles de lui donner naissance.

Dans leurs traités de pathologie externe, Follin et Duplay, puis Jamin et Terrier citent également l'épanchement sanguin parmi les complications possibles de certaines irido-choroïdites.

Mais c'est à MM. de Wecker et Landolt (1) que l'on doit la première distinction entre les hypohémas traumatiques et les hypohémas spontanés. Ils classent ce dernier groupe en deux variétés : « Dans l'une les changements dont les membranes oculaires sont le siège expliquent la rupture d'un vaisseau : ces changements sont produits par les affections dans lesquelles la pression interne de l'œil a considérablement augmenté et où la circulation s'est notablement entravée (glaucome, tumeurs, exsudation localisée avec compression d'un vaisseau). Dans l'autre, l'épanchement doit être rapporté à un trouble de la circulation générale (quintes de toux, efforts de vomissements, cardiopathies) ».

En 1876 (2), Alt, dans un travail sur l'ophtalmie sym-

(1) De Wecker et Landolt. *Traité complet d'ophtalmie*, t. VI.

(2) Alt. Hémorrhagic iritis with spongy exsudation. *Arch. opht.*, 1871, VI.

pathique relate plusieurs cas d'hyphémas qu'il considère comme l'apanage pour ainsi dire exclusif de l'iritis spécifique et de l'iritis suite d'opération.

En même temps, Hutchinson (1), essaie de donner classification de ces épanchements qu'il distingue en consécutifs à l'opération de la cataracte, en sympathiques et en arthritiques séniles. Leur pronostic serait toujours bénin et leur résorption facile.

Imre (2), en 1878, publie un important mémoire sur les hémorrhagies de la chambre antérieure. Mais il envisage surtout la question au point de vue du traitement et il émet à ce sujet une théorie très spéciale. Considérant, contrairement à tous les auteurs, que l'hypohéma est un phénomène primitif, il regarde cet épanchement comme un corps étranger survenu dans la chambre antérieure, corps étranger qui par sa présence irrite les organes voisins et détermine en particulier l'iritis : d'où il conclut à l'urgence de la paracentèse dans presque tous les cas.

Dans un article du *Lyon médical* de 1879, Sabatier étudie les hypohémas qu'il considère surtout comme complication des cataractes. Il donne à cet égard une division nette en trois classes : 1° les hypohémas opératoires ou, comme il les appelle, instantanés, se produisant au cours même de l'opération ; 2° les hypohémas accidentels produits dans les jours suivants par un choc non opératoire : toux, éternuements, chûte, etc. ;

(1) Hutchinson. Opht. Hosp. *Rép. Lond.* VIII, p. 3, 1876.
(2) Imre, Berlin Klin. Woch., 1878, p. 599.

3° enfin les hypohémas spontanés (ceux qui nous occupent), dans l'étiologie desquels le traumatisme n'entre pour aucune part et qui « s'accompagnent de phénomènes iriens spéciaux ».

Nous retrouvons une division identique dans le travail de Broca (1883). Mais Broca critique la dénomination d'hypohéma spontané employé par Sabatier : « Le mot spontané, dit-il, est mal choisi ; ces épanchements qui ne tiennent pas au traumatisme ont toujours une cause : l'inflammation de l'iritis. Et il baptise ces derniers du nom d'iritis hémorrhagique, terme qui, croyons-nous du moins, n'avait jamais été employé avant lui (1).

Jusqu'en 1890, on ne trouve plus dans la littérature médicale rien qui ait trait à la question. C'est alors que Brunelle (2), dans un travail fait dans le service de M. de Lapersonne, a la clinique ophtalmologique de Lille, reprend à nouveau cette étude des hypohémas accompagnant l'iritis. Il insiste pour la première fois sur la part importante qui revient fréquemment, dans la pathogénie de ces derniers, aux altérations préalables de la membrane irienne.

En 1892, Reche (3) publie trois cas d'hémorrhagies de la chambre antérieure survenues au cours de l'iritis. Il fait ressortir le rôle étiologique de la diathèse rhumatismale et signale la fréquence des récidives observées dans cette affection.

(1) Broca. Contrib. à l'étude des hypohémas consécutifs aux iritis et aux irido-cyclites. *Arch. opht.*, 1883. p. 410

(2) Brunelle. *Bull. médic. du Nord*, 1899, p. 517

(3) Reche. Drei falle von iritis hém. *Klin. monat. f. Aug. Stuttg.* 1892.

Puis, le professeur Panas, dans son traité d'ophtalmologie, 1894, consacre à cette question un chapitre spécial qu'il intitule : « Iritis hémorrhagique » Il considère cette manifestation comme une forme insolite de l'iritis.

En même temps, M. le docteur Teillais attire à son tour l'attention sur ce sujet dans une communication au congrès ophtalmologique de Paris, puis dans une thèse faite sous son inspiration par un de ses élèves, le docteur Pichat (1). Pour cet auteur « on doit considérer l'hypohema comme une simple complication survenant au cours de l'iritis, complication qui ne saurait être le symptôme pathognomonique d'une influence diathésique ni la caractéristique d'une forme particulière. Il peut se produire à tous les âges et dans toutes les formes d'iritis. Bien qu'il n'aggrave pas, à proprement parler, cette dernière affection, il en augmente cependant l'acuité, en prolonge plus ou moins la durée, sans en compromettre généralement la terminaison. »

Tel est également l'avis de M. Fage, qui, à propos d'un nouveau cas d'iritis hémorrhagique publié dans la *Clinique ophtalmologique* de 1902, aboutissait aux mêmes conclusions.

(1) Pichat. *Thèse*, Paris 1896.

CHAPITRE II

Etiologie et Commémoratifs

En abordant cette étude étiologique, nous éliminons d'emblée les hypohémas liés directement à un traumatisme tant accidentel que chirurgical ; dans ces cas la cause en est trop évidente pour être mise en discussion. Nous passerons également sous silence les épanchements sanguins survenant dans la chambre antérieure comme en un point quelconque de l'économie à la faveur d'une infection générale hémorrhagipare, limitant strictement notre sujet aux hypohémas qui résultent ou du moins s'accompagnent manifestement d'une lésion de l'iris ou de la région ciliaire.

Les auteurs donnent peu de renseignements sur l'étiologie de ces hémorrhagies. Elles apparaissent de préférence, dit-on, chez les vieillards ou les gens très affaiblis, chez les goutteux, les rhumatisants syphilitiques.

Examinons successivement chacun de ces points, relativement d'abord à l'âge des sujets qui en sont atteints, puis aux différentes diathèses susceptibles de donner naissance à cette manifestation.

ÂGE

On peut se convaincre, en parcourant les observations, que l'iritis avec hypohéma est loin de constituer l'apanage exclusif de la vieillesse. Sans doute on trouve décrits des cas se rapportant à des sujets très âgés. C'est, rapportée par Galezowski, l'observation d'un malade de 77 ans; celle de Sabatier ayant trait à un homme de 73 ans et atteint de dégénérescence sénile; enfin Broca en cite un exemple chez un malade de 71 ans. Mais, en somme, ces cas ne sont pas la majorité, et le nombre des cas se rapportant à des gens encore jeunes ou dans l'âge moyen de la vie est bien plus considérable.

L'un des malades cités par Broca n'avait que 26 ans; les trois dont Reche a relaté l'histoire avaient 25, 30 et 54 ans; le plus âgé des malades de M. Teillais en avait seulement 55.

Parmi les cas que nous avons pu observer nous-même, les deux âges extrêmes se trouvaient être de 28 (obs. V) et 60 ans (obs. III).

Est-il besoin d'ailleurs de rappeler que Guttmann (1) a présenté, en 1892, deux enfants respectivement âgés de cinq et six mois? Il est vrai que ces enfants étaient porteurs d'une diathèse héréditaire et leur système vasculaire profondément touché.

(1) Guttmann. Communication au Congrès de Berlin, 1892.

Nous pouvons donc dire que l hémorrhagie dans l'iritis ne se rencontre pas seulement chez le vieillard, mais bien à tous les âges de la vie. Ainsi que nous le démontrerons tout à l'heure, c'est plutôt *l'âge des artères* qu'il faudrait incriminer.

SEXE

Quant au sexe, tous les auteurs l'ont signalé et, nous le répétons avec eux, le sexe masculin est de beaucoup le plus fréquemment atteint. Sur 24 cas que nous avons pu réunir, trois seulement se rapportaient à des femmes. Cette particularité, qui pourrait surprendre au premier abord, s'explique sans doute par la fréquence plus grande chez le sexe masculin des différentes influences toxiques et sclérosantes sur lesquelles nous aurons à insister.

DIATHÈSES

Si maintenant nous cherchons, en nous aidant des observations recueillies, à élucider la question des influences diathésiques et des prédispositions morbides susceptibles de favoriser ou même de déterminer l'hypohéma chez les iritiques, nous nous heurtons à bien des divergences d'opinion.

Galezowski (1) s'appuie sur une seule observation pour faire de ce symptôme la caractéristique de l'iritis goutteuse.

(1) Galezowski. *Rec. d'ophi.*, Paris, 1879.

Pour d'autres auteurs, Reche en particulier, c'est au contraire la diathèse rhumatismale qui préside à l'apparition de ces hémorrhagies.

Enfin, Alt les considère comme très rares chez les sujets atteints d'iritis et qui ne présentent pas d'antécédents spécifiques.

En somme, les avis sont très partagés, et les observations nous montrent que la goutte et le rhumatisme, aussi bien que la syphilis, peuvent être la cause des hyphémas dans l'iritis; dans certains cas, enfin, ces trois diathèses peuvent également faire défaut.

Toutes ces opinons, basées sur un petit nombre de faits, sont évidemment beaucoup trop absolues. Nous pensons qu'il y a lieu d'envisager la question à un point de vue plus élevé. En effet, si l'on procède à un examen minutieux, et dans l'état général, et dans les antécédents du malade chez lequel survient un épanchement sanguin pendant une poussée d'iritis, on retrouvera presque toujours des éléments capables d'expliquer plus ou moins directement la production de cet épanchement. En agissant ainsi nous ne faisons d'ailleurs que remonter aux causes primordiales des hémorrhagies en général, savoir : les altérations vasculaires en premier lieu, puis les troubles de la tension artérielle, les altérations sanguines, enfin les désordres de l'innervation vasomotrice. A ces causes générales nous en ajouterons une autre, d'ordre purement local : je veux parler des altérations de l'iris créées par une atteinte préalable de cette membrane ou par un traumatisme.

ALTÉRATIONS VASCULAIRES

Elles se résument dans l'artério-sclérose, avec toute la série des infections ou intoxications chroniques qui produisent ou accompagnent ce processus : l'arthritisme sous toutes ses formes, la goutte, le diabète, le rhumatisme, etc. Mais, lorsqu'on nous signale comme influences diathésiques des hypohémas ces diverses affections, les lésions artérielles étant pour ainsi dire des règles dans tous ces cas, fait-on autre chose que se rapporter à l'état des parois vasculaires?

C'est donc à ce titre que nous devons considérer le rôle étiologique de la *goutte*, comme dans l'observation suivante :

Observation I (Résumée).

Galezowski.

N. C..., rentier, à Paris, très arthritique.

Fut pris, il y a cinq ans, de douleurs excessivement violentes dans le gros orteil droit. Bientôt les douleurs se généralisèrent à toutes les articulations du côté droit. Le malade ne pouvait plus marcher. Les douleurs restèrent à l'état aigu pendant quatre mois ; elles persistent toujours depuis cette époque.

C... présente en outre une rétraction musculaire des fléchisseurs des doigts. Cette contraction, surtout accentuée au fléchisseur de l'auriculaire, devient chaque jour plus complète.

En somme, diathèse essentiellement rhumatismale, avec manifestation goutteuse.

Il y a trois semaines, C... ressentit des picottements dans l'œil gauche, qui devint congestionné. Douleurs oculaires et orbitaires.

Lorsque le malade vient consulter, on constate de l'injection périkératique et un amas sanguin dans la chambre antérieure.

Traitement : sangsues à la tempe et salicylate de soude.

En quelques jours le sang était complètement résorbé.

Le *rhumatisme articulaire* se retrouve également à la base de plusieurs observations (Obs. XVII, XIX, XXI, etc.).

Quant à la *syphilis*, on sait qu'elle entraîne souvent des artérites diverses et que celles-ci se localisent volontiers à la circulation cérébrale dont les vaisseaux oculaires ne sont qu'un département. De même que les affections précédentes, elle réclame aussi sa part dans l'étiologie des hémorrhagies iriennes.

Ici, comme dans celle des accidents cérébraux, nous incriminons tout spécialement la syphilis survenant chez des gens âgés, ou dans un organisme déjà sclérosé par d'autres états morbides.

Tel était le cas de notre malade.

Observation II (personnelle).

M. G... Anatole, 38 ans. Antécédents pathologiques multiples.

En juillet 1892, blennorrhagie compliquée d'épididymite puis de manifestations articulaires dans le genou et le poignet. Vers la même époque, le malade aurait présenté aux organes génitaux une ulcération dont la nature n'a pas été déterminée.

En octobre 1892, iritis plastique OG dont la résolution est

complète en trois semaines. Après cette période, la vue redevient normale ; la pupille est très régulière.

L'année suivante, il entre à l'hôpital pour rhumatisme aigu fébrile.

En janvier 1894, seconde poussée d'iritis OG. Puis l'œil droit fut à son tour légèrement atteint.

Mars 1900. Chancre induré, suivi du cortège habituel des accidents spécifiques : roséoles, plaques muqueuses, céphalée, etc.

Février 1901. Troisième atteinte d'iritis à gauche. La résolution cette fois se fait attendre, elle n'est complète qu'après deux mois et demi.

Mars 1903. G... se présente à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour une nouvelle rechute d'iritis à gauche. On constate en même temps chez lui un état arthritique des plus marqués : artères scléreuses, varices volumineuses, varicocèle, etc.

23 mars. Après quelques jours de phénomènes inflammatoires, survient un épanchement sanguin dans la chambre antérieure. La semaine suivante, l'hémorrhagie qui s'était résorbée se reproduit à nouveau mais moins abondante.

Le globe oculaire est douloureux à la pression, au niveau du cercle ciliaire. A l'ophtalmoscope, le fond de l'œil est un peu trouble. On peut apercevoir la papille, mais sa surface et ses bords ne se distinguent pas bien, vus à travers, un nuage poussiéreux du vitré. V = 1/3. Tonus normal. Champ visuel indemne.

7 avril. L'hypohéma persiste encore partiellement. Il existe toujours des douleurs ciliaires violentes. Atropine, frictions mercurielles.

13 avril. La chambre antérieure est cette fois parfaitement claire. Pupille circulaire ; l'iris réagit bien et le fond d'œil se distingue mieux. V = 1/2.

Le trouble du corps vitré met environ un mois à disparaître. A ce moment la papille est très nette ; il persiste seulement quelques dépôts pigmentaires sur la cristalloïde.

Chez cet homme, qui avait jusqu'alors présenté des manifestations bénignes d'iritis, il semble que l'apparition de la syphilis ait eu pour résultat de produire, comme par une graduation calculée, d'abord une rechute plus longue, et, plus tard enfin, une autre poussée particulièrement grave avec des complications hémorrhagiques et choroïdiennes.

Dans un autre cas nous avons pu observer, chez un vieux syphilitique, la coexistence de l'hypohéma et de phénomènes hémiplégiques.

Observation III (personnelle).

M. G.... 60 ans, journalier.

Syphilis il y a trois ans. Alcoolisme. Etat général très sénile.

Se présente une première fois à la clinique de l'Hôtel-Dieu pour une paralysie complète de la IIIe paire gauche. Il a présenté il y a quelques semaines un ictus suivi d'hémiplégie droite. Actuellement, il existe de l'hémiparésie ; la sensibilité est conservée.

OG. Ptosis, léger strabisme externe. Le malade entre à l'hôpital où il est soumis aux injections de biiodure Hg. La ponction lombaire, pratiquée par M. Opin, révèle une lymphocytose positive (5-6 lymph. par champ d'immersion).

9 mai 1903. Le malade revient à l'Hôtel-Dieu pour une iritis gauche. Larmoiement, injection conjonctivale, phototobie. La pupille est régulière mais réagit mal à la lumière. Violentes douleurs ciliaires. Tonus normal. A l'éclairage oblique, on constate deux ou trois filaments hémorrhagiques sur la face antérieure de l'iris, mais pas d'hypohéma collecté cependant. Fond d'œil inéclairable.

Le malade est admis de nouveau. Atropine. compresses chaudes.

La ponction lombaire dénote cette fois une lymphocytose plus abondante qu'en mars (16-17 lymphocytes par champ d'immersion).

Urines : o,25 d'albumine par litre.

Les jours suivants. l'hémorrhagie augmente et se collecte à partie déclive de la chambre antérieure. Résorption lente en quinze jours.

27 mai L'œil devient plus douloureux à la pression. Tonus normal. Sur l'iris on voit reparaitre un léger suintement sanguin qui ne persiste que quatre ou cinq jours.

15 juin. Etat stationnaire. Les douleurs orbitaires ont diminué. La pupille se contracte mal. La vision est réduite à la simple perception lumineuse.

6 juillet. Nouvel épanchement sanguin s'accentuant les jours suivants : la perception lumineuse est abolie.

11 juillet. Tonus + 2. L'hypohema remplit la moitié de la chambre antérieure. Glaucome hémorrhagique.

C'est non seulement la spécificité acquise qui exerce son action sur les vaisseaux, mais encore la syphilis héréditaire. Chiari a montré des lésions des artères cérébrales chez un enfant de 15 mois atteint de syphilis congénitale. Telle est, sans doute, la cause des iritis hémorrhagiques observés par Guttmann chez deux enfants de 6 mois hérédo-syphilitiques.

Un autre facteur étiologique des hypohémas, c'est l'*alcoolisme*, par suite de ses relations intimes également avec l'artério-sclérose.

Observation IV

Teillais.

L..., charpentier, 52 ans. est un buveur endurci. Il accuse des douleurs erratiques dans les membres. Sujet à l'oppression depuis quelques mois. il se plaint de douleurs dans la région précordiale. L'auscultation révèle un souffle systolique râpeux d'aortite chronique. Il présente en même temps de l'emphysème pulmonaire.

En 1886, L... vient consulter pour une iritis O D. L'œil est légèrement injecté. la pupille réagit mal à la lumière et on constate une modification dans la couleur de l'iris.

Au bout de trois semaines, l'œil, qui était jusqu'alors peu douloureux, devint d'une sensibilité exagérée pendant deux jours, puis brusquement apparut un hyphœma qui remplit complètement la chambre antérieure. Huit jours après, il n'en restait plus de traces.

Reste le côté le plus intéressant de cette observation :

Un an après environ, cet homme revint. accusant cette fois une cécité presque complète de l'œil droit. L'examen ophtalmoscopique nous révéla facilement, car le corps vitré était intact, de nombreuses taches hémorrhagiques de forme ronde disséminées sur la rétine. et spécialement une extravasion considérable dans la région maculaire.

AUGMENTATION DE LA TENSION ARTÉRIELLE

Autour de ce symptôme commun, l'hypertension artérielle, nous groupons ici plusieurs affections assez disparates qui interviennent quelquefois dans la genèse de l'hémorrhagie chez les iritiques.

Le rôle de l'*insuffisance aortique* fut évident dans le cas suivant :

Observation V (personnelle).

B..., Albert. 28 ans, charretier. — Fièvre typhoïde à l'âge de 14 ans.

B... accuse fréquemment des vertiges, éblouissements ; il est très sujet aux épistaxis. En 1895, il entre à l'hôpital de la Pitié pour cardiopathie.

Actuellement, on constate chez cet homme de l'hypertrophie cardiaque : la pointe bat dans le 6e espace intercostal ; son choc systolique est très fort, le pouls de Corrigan des plus nets. L'auscultation révèle un souffle diastolique d'insuffisance aortique.

Le 8 novembre, B... vient à la consultation des Quinze-Vingts pour une affection de l'œil gauche. L'iris de ce côté est décoloré, l'humeur aqueuse trouble, et la pupille entourée d'une couronne de synéchies, ne réagit plus.

Injection ciliaire, hypotonus, fond d'œil inéclairable. En somme, il s'agit d'une irido-choroïdite dont le début remonte à une quinzaine.

Le lendemain, on constate une collection rougeâtre de 3 à 4 millimètres à la partie déclive de la chambre antérieure.

De même, *certains troubles congestifs d'origine utérine* ont pu produire le même résultat :

Observation VI (personnelle).

Mme G..., 47 ans. — Ni rhumatismes, ni spécificité.

Les époques menstruelles, douloureuses et irrégulières depuis un an, n'ont pas reparu depuis trois mois.

Se présente, le 2 juin dernier, à la consultation pour une poussée irritique O D.

Atropine, compresses chaudes, salicylate.

Le 6, la malade revient, accusant des douleurs oculaires et périorbitaires beaucoup plus accentuées depuis vingt quatre heures ; elles ont été particulièrement vives dans la nuit précédente.

A l'éclairage oblique on constate des exsudats hémorrhagiques disséminés sur la face antérieure de l'iris, ainsi qu'un mince filament rougeâtre appendu à la partie supérieure de l'iris et semblant diviser la chambre antérieure en deux parties inégales. On remarque en outre une petite lunule de sang à la partie déclive.

Le 11 juin, ces phénomènes avaient totalement disparu.

Observation VII (résumée).

Teillais.

Mme T.... 44 ans. — Sans accidents pathologiques d'aucune sorte.

Vint une première fois à ma clinique pour une iritis séreuse O G que je considérai comme une complication de la ménopause.

L'année suivante, Mme T... revint me consulter pour une affection semblable de l'œil droit.

Au bout de trois semaines, une hémorrhagie envahit la chambre antérieure, et de la façon la plus inattendue, sans provoquer ni douleurs, ni injection périkératique.

La résorption se fit avec une certaine lenteur. Trois semaines s'étaient écoulées qu'on voyait encore teintés de rouge des débris d'épithélium ou de molécules graisseuses qui flottaient dans la chambre antérieure.

Observation VIII Résumée).

Teillais

Mlle M..., 28 ans, chlorotique.

Vient consulter le 10 mars pour une affection oculaire qui l'avait prise pendant une époque menstruelle. Elle n'avait pas d'abord attaché d'importance à ce mal d'yeux, qu'elle avait déjà éprouvé plusieurs fois à l'époque cataméniale.

Il s'agit d'une iritis simple.

Le 15 mars, les douleurs, jusque-là insignifiantes, s'accentuèrent pendant la nuit, et je constatai le lendemain, en même temps qu'une forte injection pénkératique, un épanchement de sang dans la chambre antérieure. Trois jours après il était résorbé.

Mais huit jours se passent et le sang reparait, plus abondant. Résorption, cette fois, en une semaine, après quoi la pupille redevint très mobile et de forme parfaite. Vision normale.

Cette malade n'était ni syphilitique, ni rhumatisante, mais elle peut être considérée comme hémophile.

Nous avons rapproché à dessein l'histoire de ces trois malades. Les deux premières étaient des femmes arrivées à l'époque de la ménopause, la troisième était atteinte de dysménorrhée.

Or, l'âge critique produit généralement chez la femme une pléthore sanguine, en même temps qu'un état nerveux très marqué. L'économie, habituée à perdre chaque mois une quantité variable de sang, éprouve le besoin d'une décharge, d'où des hémorrhagies de toutes sortes.

Ces faits sont d'ailleurs connus depuis longtemps.

Lawrence a cité l'exemple d'une femme de 45 ans qui fut, après la disparition de ses règles, atteinte régulièrement chaque mois d'hypohéma.

De même la dysménorrhée présentée par la troisième malade s'accompagnait aussi de troubles congestifs. L'iritis a fait son apparition au moment d'une époque menstruelle, et la malade n'attribua d'abord aucune importance à ce « mal qu'elle avait éprouvé plusieurs fois à l'époque cataméniale. » A ces périodes il existait donc chez elle un état congestif qui, après s'être traduit par des phénomènes oculaires sans importance, a fini par amener un état plus inquiétant.

ALTÉRATIONS SANGUINES

Comme l'hypertension générale, les altérations du sang dans certaines maladies aiguës, peuvent favoriser la production des hémorrhagies iriennes. On connaît les exemples d'hypohémas notés par Fano (1) dans le scorbut, en coexistence avec des hémorrhagies multiples. Des faits analogues ont été observés en rapport avec l'ictère grave et le purpura hémorrhagica. En opposition avec ces cas dans lesquels l'iris ne présentait pas la moindre inflammation, nous rappellerons les iritis franchement hémorrhagiques décrites par Kennet Scott (2) dans la variole et par Adamuk dans le typhus exanthématique.

(1) Fano *Annales d'ocul.*, 1861, VI, p. 227.
(2) Kennet Scott, *Annales d'ocul.*, 1863, p. 365.

A cette énumération des dyscrasies hémorrhagipares, nous rattacherons accessoirement une autre cause, à savoir les affections chroniques du rein et du foie.

Parmi les malades dont nous rapportons l'histoire, deux étaient brightiques (obs. III et XVIII), et un autre présentait de la cirrhose alcoolique (obs. XI). Sans doute il existait chez eux d'autres causes diathésiques amplement suffisantes pour expliquer l'hypohéma, mais à ces causes est venue s'ajouter l'influence des lésions hépatiques ou rénales en modifiant peut être, selon l'une des théories admises, la coagulabité du sang. A ce titre, elle mériterait donc d'être recherchée.

TROUBLES DE L'INNERVATION VASO-MOTRICE.

L'observation suivante semble pouvoir être rapportée à cette cause.

Observation IX.

Teillais.

C..., comptable, est atteint de zona ophtalmique.

Examiné le 8 juin, il présente sur la cornée gauche une ulcération étendue et profonde résultant sans doute de la rupture d'une vésicule zostérienne. Cet ulcère, entouré d'une zone blanchâtre, est recouvert lui-même d'un enduit gris-foncé.

Humeur aqueuse louche, photophobie intense, douleurs ciliaires intolérables.

Après des instillations d'atropine, la pupille se dilate irrégulièrement attestant la présence de l'iritis.

Le 11 juin apparaît un hypohéma qui s'élève jusqu'au bord inférieur de la pupille. Il met six jours à se résorber.

A partir de ce jour, décroissance rapide de tous les symptômes. Au commencement d'août l'œil peut être considéré comme guéri. Il conserve seulement un leucome adhérent au niveau de l'ancien ulcère.

La pathogénie du zona est encore très controversée, mais quelque théorie que l'on adopte pour l'expliquer, il est certain que la région envahie est le siège de troubles vaso-moteurs (1). Il y a congestion intense dans le territoire innervé par la branche atteinte à ce point que, dans une variété particulière de zona (zona hémorrhagique), les vésicules d'herpès peuvent se remplir de sang. Dès lors, l'apparition d'un hyphéma dans le cours d'un zona ophtalmique, ne devra pas surprendre.

ALTÉRATIONS PRÉALABLES DE L'IRIS.

Enfin les lésions locales, déterminées par une ou plusieurs poussées iritiques antérieures peuvent favoriser puissamment le processus hémorrhagique. Ces altérations préalables de la membrane irienne seraient même, croyons-nous, la cause la plus fréquente de l'hypohéma.

Dans la moitié des cas, il s'agissait d'iritis récidivantes avec parfois des synéchies anciennes, ou bien encore d'irido-chiroïdites chroniques.

Nous en citerons seulement quelques exemples :

(1) Abadie. *Annales d'oculist.*, 1900, 1er semestre.

Observation X (Résumée).

Brunelle.

P... Auguste, garçon de magasin. Aucun antécédent pathologique.

Il y a trois ans, l'œil droit fut atteint d'iritis. Après trois semaines de traitement la guérison était complète et le malade reprit son travail mais la pupille restait deformée.

Au mois d'août 1890, le même œil fut repris de phénomènes analogues. On prescrit atropine, sangsues, purgatif, etc.

Après une période d'accalmie, les symptômes augmentèrent brusquement d'intensité. Le 21 août, nous constatons chez cet homme des douleurs ciliaires assez violentes pour troubler le sommeil ; injection conjonctivale et périkératique photophobie, etc.

Le tonus est diminué. La pupille est légèrement dilatée ; cependant le petit cercle de l'iris est irrégulier à la partie inféro-interne ; nous croyons qu'il persiste encore là une symétrie postérieure.

Epanchement sanguin collecté en bas de la chambre aqueuse.

Observation XI (personnelle).

P... Louis, 39 ans. Syphilitique et alcoolique ; atteint de cirrhose hépatique. A présenté il y a sept ans une première atteinte d'iritis O D ; n'a jamais recouvré une bonne vision depuis cette époque.

6 avril 1903. Le malade vient consulter à l'Hôtel-Dieu pour de violentes douleurs ciliaires ; ces douleurs se sont brusquement accentuées la nuit précédente.

On constate chez lui de l'injection péricornéenne. Le globe est douloureux à la pression ; le tonus plutôt diminé. La pu-

pille, déformée par des synéchies anciennes, est ovalaire, et ne réagit plus à la lumière ; le fond d'œil est inéclairable.

Une collection de sang rouge occupe le quart environ de la chambre antérieure ; à la surface de l'iris, on aperçoit aussi de petites infiltrations sanguines, surtout nettes à l'éclairage oblique.

Observation XII.

Imre.

K... G.. 30 ans. Iritis récidivante, œil gauche.

Fortes douleurs ciliaires, pupille très rétrécie. Le 27 mars, huit jours par conséquent après le début des accidents, augmentation subite des douleurs, phénomènes fébriles ; puis une hémorrhagie de cause inconnue remplit la chambre antérieure. Ponction le 28 mars. Quelques jours après une petite quantité de sang restait encore dans la pupille, mais les symptômes inflammatoires avaient disparu.

En résumé, les diverses causes que nous avons signalées : altérations du sang ou des vaisseaux, hypertension artérielle, troubles vaso-moteurs, lésions locales, se rencontrent avec une fréquence variable, dans l'étiologie de l'hypohéma chez les iritiques.

Mais il est un point capital sur lequel je voudrais insister en terminant leur énumération.

Toutes ces influences n'ont bien souvent qu'un rôle secondaire ; elles prédisposent le terrain au processus hémorrhagique ; la condition essentielle de celui-ci, est en réalité, l'inflammation irienne.

C'est également à une iritis que l'on doit rattacher la plupart des hypohémas observés quelques jours après

une opération chirurgicale (iridectomie, extraction de cataracte).

Observation XIII

D'après Imre.

O... Gabriel, 62 ans. Cataracte pas encore mûre de l'œil droit. Cinq jours après l'extraction, phénomène de cyclite et sept jours après, hémorrhagie spontanée. Sous l'action d'énergique révulsifs, grande amélioration. Tout autour de la pupille, cercle sombre, inflammation, léger hyphœma, iridotomie, abondante hemorrhagie remplissant toute la chambre antérieure.

Observation XIV

Imre.

Charles, 50 ans. Iritis chronique. Iridectomie le 8 janvier. Violent épanchement. Bon état de la plaie. Le 14 on constate un hyphéma haut de 6 millimètres. Ponction évacuatrice le 18; un sang liquide s'écoule et la chambre antérieure est complètement libre.

Observation XV

Imre.

R..., Nicolas, 46 ans. Cataracte. Extraction. A la suite, violente iritis et fort hyphéma. Les violentes douleurs nécessitaient une ponction. Trois jours après, forte cyclite. La ponction était tout à fait sans résultat dans ce cas Il est vrai qu'elle n'avait servi à évacuer que fort peu de sang.

L'iritis traumatique peut donc, au même titre que l'iritis récidivante, s'accompagne d'accidents hémorrhagiques. Selon toute vraisemblance, le mécanisme de ces accidents se trouve le même dans les deux cas, ainsi que nous le verrons en étudiant leur pathogénie. La contusion subie au cours de l'opération par la membrane irienne a sans doute déterminé autour de cette membrane des altérations locales analogues à celles qu'auraient produites une poussée iritique antérieure.

Dans l'observation suivante, l'inflammation irienne s'accompagna d'hémorrhagie dans un œil opéré de cataracte depuis treize ans.

Observation XVI (personnelle.)

Querte Eugène, 55 ans.

Opéré de cataracte à droite en 1891. Extraction sans iridectomie,

Après l'opération le malade n'a pas recouvré une bonne vision, la pupille étant en grande partie obstruée par des lambeaux de capsule.

Depuis trois mois cet œil est devenu douloureux.

Le 4 janvier le malade se présente à la consultation de l'Hôtel-Dieu; on constate chez lui des phénomènes iritiques: douleurs ciliaires, photophobie, injection périkératique, etc.

La pupille, assez large, déformée par des adhérences est en partie cachée sous un dépôt sanguin abondant. A l'éclairage oblique on constate à la partie supérieure des débris capsulaires blanchâtres. Tonus plutôt un peu diminué.

11 janvier. L'épanchement a diminué : il persiste encore une petite lunule à la partie déclive de la chambre antérieure. L'iris présente, surtout au niveau de son bord pupillaire des membranules jaunâtres, finement vasculaires. L'œil est mou.

EXAGÉRATION DU TONUS OCULAIRE

Enfin l'exagération du tonus oculaire, constatée spécialement chez quelques vieux iritiques a été accusée de jouer un certain rôle dans la production de l'hypohéma. Mais un examen complet du malade, et, si la chose est possible, la détermination du champ visuel, permettront de lever facilement tous les doutes. Il s'agit en réalité d'individus glaucomateux, ou tout au moins en imminence d'accidents glaucomateux. L'épanchement dans ces conditions est totalement étranger à l'iritis, et ne saurait cadrer avec le sujet que nous avons entrepris

CHAPITRE III

Essai pathogénique de l'hypohéma dans quelques variétés d'iritis.

Nous ne savons rien de précis relativement au mode de production de l'hypohéma chez les iritiques. Les auteurs qui ont étudié la question émettent tous à ce sujet des opinions différentes :

Pour Broca, le sang épanché viendrait du tissu irien, et l'acuité des phénomènes inflammatoires suffirait à expliquer son apparition. Sabatier, au contraire, lui attribue comme origine les capillaires de nouvelle formation qui existent dans les pseudo-membranes créées par la phlegmasie. Pour d'autres, enfin, l'hémorrhagie n'est qu'un phénomène mécanique lié à la rupture des synéchies.

Nous croyons qu'une même théorie pathogénique ne saurait s'appliquer à tous les cas. A ce point de vue donc, une distinction s'impose, suivant les circonstances cliniques dans lesquelles se présente l'hypohéma.

1° *Il s'agit d'une iritis récente, très aiguë.*

On peut, jusqu'à un certain point, assimiler la chambre antérieure à une cavité séreuse. La couche épithéliale qui tapisse ses parois n'est-elle pas très comparable à l'endothélium des séreuses pleurale ou péricardique par exemple ?

Assurément, cette conception n'est pas rigoureusement exacte au point de vue de l'embryologie ; elle ne l'est pas non plus sous le rapport anatomique, puisque l'endothélium est interrompu au niveau des cryptes de l'iris, comme il l'est d'ailleurs au niveau de la cristalloïde antérieure, membrane amorphe.

Mais, en ce qui concerne le côté pathologique, notre comparaison devient des plus acceptables. Ainsi, l'inflammation de l'iris n'est-elle pas, comme la pleurésie ou la péritonite, caractérisée par « une hyperhémie plus ou moins intense, avec production, à la surface de cette membrane, d'exsudats séro-fibrineux, ou purulents, ou hémorrhagiques » ? Et les synéchies consécutives, ne sont elles pas l'analogue des adhérences pleurales ou péritonéales ?

Or, nous savons que, dans une membrane séreuse, l'intensité même des phénomènes phlegmasiques peut aller jusqu'à l'hémorrhagie, conformément à la théorie générale de Cohnheim : « Dans ces conditions, les parois des vaisseaux deviennent perméables aux hématies elles-mêmes. La proportion des corpuscules rouges est d'autant plus grande que, dans un exsudat, les vaisseaux sont

plus intensivement altérés par l'inflammation. Un degré de plus, et la rupture vasculaire se produit. » Telle est l'origine de certaines pleurésies suraiguës hémorrhagiques bien connues aujourd'hui.

Il n'en va pas autrement dans l'iritis récente. Comme nous le verrons en étudiant ses caractéres cliniques, c'est le plus souvent dans des formes particulièrement graves d'iritis, à l'apogée de la douleur et des symptômes aigus que survient l'hypohéma. Il y a une véritable pluie de sang qui vient dilater les vaisseaux de l'iris ; une diapédèse extrêmement active se produit, et les parois des capillaires finissent par céder brusquement (Zimmermann).

2° *L'hypohéma survient au cours d'une iritis récidivante ou chronique.*

Ici, point n'est besoin d'invoquer un processus aussi intense. Les « séquelles » créées par une ou plusieurs poussées iritiques antérieures ont déterminé autour de notre séreuse un terrain spécialement apte à l'hémorrhagie. Le même fait se retrouve d'ailleurs en pathologie générale. Dans la pachyméningite cervicale, il y a formation de néo-membranes fines et superposées à la partie interne de la dure-mère. En vieillissant, elles deviennent épaisses et se vascularisent ; les vaisseaux de ces membranes sont friables, et leur rupture constitue une hémorrhagie enkystée, l'hématome de la dure-mère. N'en est-il pas de même dans la vaginalité hémorrhagique ? Les fausses membranes pleurétiques ne

donnent-elles pas lieu, quand elles se déchirent, à des épanchements sanguins pleuraux ?

Sous l'influence d'une iritis, il se forme des synéchies plus ou moins fortes, plus ou moins bien organisées, traversées par des vaisseaux de nouvelle formation dont les parois minces sont disposées à se rompre sous l'effort le plus faible. Survienne une nouvelle inflammation de l'iris, les vaisseaux congestionnés auront d'autant plus de tendance à se déchirer qu'ils seront distendus et tiraillés.

Précisément, l'atropine, administrée dans ces conditions, vient, comme par enchantement, tirailler ces adhérences et rompre les synéchies. Telle est, croyons-nous, la pathogénie, très simple, et toute mécanique, de l'hypohéma.

Ajoutons que le tonus oculaire, généralement diminué, peut constituer encore une cause adjuvante à l'hémorrhagie ; dans certains cas, il sollicite peut-être l'aspiration du sang à travers les parois des vaisseaux.

3° *Hypohéma consécutif à un traumatisme chirurgical.*

Nous avons surtout en vue ici l'hémorrhagie tardive, survenant plusieurs jours après l'extraction de la cataracte.

Ainsi que le fait justement ressortir Sabatier, « ces hypohémas n'ont rien de commun avec les épanchements sanguins qui se produisent pendant ou immédiatement après l'acte opératoire et qui sont l'œuvre du

couteau : ils diffèrent aussi des épanchements observés dans les quarante-huit heures qui suivent le traumatisme ; ces derniers sont imputables à une cause purement accidentelle : choc sur le globe, compression par le bandeau, hémorrhagie secondaire. Les hypohémas que j'ai en vue dans ma description sont beaucoup plus tardifs ; ils apparaissent cinq ou six jours au moins après l'extraction de la cataracte, au milieu de symptômes inflammatoires plus ou moins accusés ; ils sont le résultat d'une iritis avec néo-membranes vascularisées, et c'est ce réseau néo-formé qui constitue le point hémorrhagipare. »

L'hypohéma survenant dans ces conditions est donc manifestement lié à l'évolution d'une iritis, et comme tel il doit rentrer dans l'une des deux catégories précédentes, en ce qui concerne son mode de production.

La même pathogénie que tout à l'heure peut encore être invoquée pour expliquer son apparition. Qu'il se forme, après un traumatisme opératoire, des exsudats organisés, des adhérences à la capsule, il n'est pas extraordinaire que s'il survient une iritis, il y ait rupture des néo-vaisseaux et épanchement sanguin.

D'après Sabatier, l'hémorrhagie peut encore reconnaître pour cause la résorption rapide des néo-membranes amenant une dissociation de leur tissu. Celui-ci laisse échapper alors dans la chambre antérieure les globules qu'il contenait ; l'hypohéma est constitué.

Ce second mécanisme est pour le moins invraisemblable, et Broca refuse de l'admettre. En effet, malgré la rapidité avec laquelle se résorbe la fausse membrane,

cette dissociation des tissus ne saurait être que progressive. Elle ne rend pas compte, par conséquent, de ces épanchements qui se produisent tout d'un coup, presque instantanément.

4° *Enfin l'hypohéma est symptomatique d'un état glaucomateux latent ou confirmé.*

Dans cette dernière variété, que nous signalons simplement pour l'opposer aux précédentes, l'hypohéma ne présente avec l'iritis que des rapports très éloignés. Ce sont presque toujours des individus très âgés, cachectiques, artério-scléreux, dont le système vasculaire est profondément atteint. L'iritis chez ces malades est extrêmement légère ; elle peut même faire absolument défaut et ne saurait, par conséquent, être rendue responsable de l'hémorrhagie. Cet accident relève bien plutôt d'un état glaucomateux latent que de l'iritis, ainsi qu'en témoignent l'évolution ultérieure des faits et la prompte apparition de l'hypertonie. Mais une part importante dans la pathogénie de cette hémorrhagie doit être également attribuée à l'atropine.

CHAPITRE IV

Caractères cliniques de l'épanchement.

Nous allons essayer, dans ce chapitre, à la lumière des observations recueillies, de mettre en relief les caractères de l'hémorrhagie dans l'iritis, de montrer comment, à quel moment elle apparaît, et l'aspect symptomatologique qu'elle présente.

A ce sujet, nous ne pouvons que reprendre l'analyse clinique à laquelle s'est livré le docteur Teillais.

« Ce qui n'est pas contestable, dit-il, c'est que l'apparition de l'hémorrhagie est brusque et sa résorption facile, qu'elle est sujette à des récidives et que, malgré les surprises ou les appréhensions qu'elle fait naître, elle n'entrave pas d'ordinaire la marche de l'iritis et ne compromet pas sa guérison.

« Un point sur lequel j'insiste spécialement, c'est que je n'ai jamais vu l'hémorrhagie de la chambre antérieure comme symptôme de début, pouvant faire présager, dès le premier moment, une allure inaccoutumée ou une forme spéciale.

« Dans l'iritis simple, l'humeur aqueuse est depuis

longtemps floconneuse, et des masses exsudatives ont déjà pu se former lorsqu'elle apparaît soudain. Dans l'iritis plastique, les synéchies sont organisées depuis un certain temps, lorsque, l'embarras circulaire s'accentuant, le sang vient se mélanger aux molécules graisseuses et aux débris d'épithélium qui occupent la chambre antérieure. Si l'hémorrhagie n'est pas précédée de signes précurseurs, elle ne laisse pas cependant d'accuser son apparition par un ensemble de symptômes marqués par le retour subit de l'injection périkératique, par un larmoiement, exagéré et souvent par une douleur très vive, irradiant autour de l'orbite, quelle que soit du reste l'abondance de l'épanchement. Cette aggravation est toujours de courte durée et s'apaise même bien avant que la résorption se soit accomplie. Le liquide épanché est de couleur rouge et a l'aspect du sang pur. »

En premier lieu, l'hypohéma n'est pas un symptôme de début. Le plus souvent il s'écoule un temps assez long, plusieurs jours au moins entre le début de l'iritis et l'apparition de l'épanchement.

Observation XVII

Reche.

J. N..., 20 ans, cordonnier, a séjourné à l'hôpital il y a quatre ans, pour un rhumatisme aigu fébrile des articulations des mains.

Le 10 février, il vient se faire soigner pour une iritis récente,

très aiguë de l'œil gauche. Humeur aqueuse trouble, iris coloré ; léger chémosis

25 février. La chambre antérieure est remplie au tiers d'un sang liquide ; la pupille ne réagit pas à l'atropine et à la cocaïne

Observation XVIII

Sabatier.

M. X.... 73 ans, est atteint depuis deux ans d'albuminurie et a offert dès lors une dégénérescence sénile rapide.

Depuis trois mois, il souffre d'une iridocapsulite droite, accompagnée d'un peu de douleur et de rougeur du globe, mais à forme essentiellement chronique, à réaction peu vive.

L'iritis a été, pendant quatre à cinq semaines, d'apparence favorable, en ce sens que la pupille s'est bien dilatée sous l'influence de la belladone et que les phénomènes réactionnels sur le globe se sont amendés ; mais, dans les derniers jours de février, on constate un hyphéma abondant ; en même temps, l'éclairage oblique permet de voir, sur la portion inférieure de l'iris, une pseudo-membrane sillonnée d'un riche réseau capillaire néoformé.

Chez ces deux malades, l'accident n'a donc pas coïncidé avec le début de l'iritis, il a, pour ainsi dire, attendu la régression des symptômes inflammatoires pour se produire. Le même phénomène se retrouve dans les observations IV et VII.

C'est encore lorsque la maladie semblait en voie de guérison prochaine que l'on a vu apparaître l'hypohéma chez le malade suivant :

Observation XIX

J. E..., tailleur, 25 ans, ancien syphilitique et très rhumatisant. Dans ces dernières années, il a souffert deux fois d'iritis grave.

Le 21 février 1888, légère iritis, rapide et pleine dilatation pupillaire sous l'influence de l'atropine.

26 février. Le malade cesse son traitement à cause de l'amélioration.

28 février. Il revient avec violentes douleurs frontales, injection péricornéenne, iris légèrement coloré, humeur aqueuse limpide.

2 mars. Du sang pur, sans mélange d'aucun autre exsudat, remplit plus de la moitié de la chambre antérieure.

Traitement. — Atropine, cocaïne, calomel à l'intérieur et bandeau.

La guérison évolue rapidement, et le patient est laissé guéri le 15 mars.

Dans ce dernier cas, le malade avait vu se produire dans son état une telle amélioration qu'il avait cessé tout traitement lorsque l'épanchement est venu compliquer la situation.

Les quelques observations, très peu nombreuses du reste, dans lesquelles on a pu constater l'hypohéma le jour même de l'entrée du malade, ne peuvent nous infirmer dans notre opinion, puisque dans ces cas on n'a pu suivre l'évolution de l'iritis. Il est donc raisonnable d'admettre qu'ici, comme dans la majorité des cas, l'hémorrhagie s'est produite comme à l'ordinaire, c'est-

à-dire quelques jours, peut-être quelques semaines après l'éclosion des phénomènes inflammatoires.

Nous pouvons donc admettre que l'hémorrhagie dans l'iritis n'est pas un symptôme du début, mais qu'elle apparaît seulement lorsque la phlegmasie s'est déjà révélée par ses symptômes habituels, et quelquefois même au moment où ces symptômes semblent s'amender et entrer en régression.

De ce fait, nous pouvons tirer une conclusion : c'est que ce mode d'apparition de l'hypohéma ne permet pas de faire de l'iritis concomittante une maladie spéciale. « Pendant plusieurs jours, plusieurs semaines parfois, cette iritis dite hémorrhagique évolue comme une iritis ordinaire ; pendant longtemps on ne peut que porter le diagnostic d'iritis plastique, séreuse, rhumatismale, syphilitique, etc..., selon la forme prise par l'exsudat dans la chambre antérieure ou suivant les antécédents pathologiques du malade. Pourquoi donc, si l'épanchement sanguin se produit, ne pas se contenter de le considérer comme une simple complication, et mettre une autre étiquette à une maladie que l'on avait jusqu'alors dû désigner sous un autre nom, en l'absence de signes propres à faire soupçonner une variété d'iritis bien nette, une affection spéciale ? » (Pichat).

Une observation, due à Broca, semble venir à l'appui de cette opinion.

Observation XX.

Broca.

Riès, journalier, n'a jamais eu mal aux yeux.

Il y a quinze jours, cet homme a commencé à sentir des grains de sable dans l'œil *gauche*, puis douleurs ciliaires, photophobie.

A son entrée, le 13 avril, on constate des vaisseaux périkératiques fins et serrés, deux ou trois ulcérations larges comme une tête d'épingle sur la cornée. Photophobie, blépharospasme. Douleurs péri-orbitaires, douleurs à la pression sur le cercle ciliaire. Iris resserré. Tonus normal. Léger hyphéma.

18 avril. La pupille *droite* est en myosis : pendant la nuit dernière, douleurs semblables à celles qu'avait éprouvées l'œil gauche. La chambre antérieure est un peu trouble. Atropine.

20 avril. La pupille droite s'est irrégulièrement dilatée ; ce matin douleurs périorbitaires vives à gauche, légères à droite.

21 avril. L'œil gauche va mieux ; les douleurs sont légères ; la pupille se dilate bien à la partie supérieure. L'hyphéma a beaucoup diminué ; l'inflammation augmente à droite.

Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle prouve d'abord que l'iritis accompagnée d'hypohéma a évolué au début de la même façon que l'iritis ordinaire.

Ce malade a été successivement atteint dans les deux yeux du même processus inflammatoire de l'iris. D'après l'observation, les symptômes de début ont été les mêmes. Dans les deux yeux, le malade a ressenti, dès l'abord, une sensation de grains de sable à laquelle ont succédé des douleurs plus fortes et siégeant dans la région péri-

orbitaire ; dans les deux cas il y a eu atrésie de l'iris. Mais l'œil gauche a présenté un épanchement sanguin, tandis que l'évolution de l'affection oculaire s'est effectuée à droite sans hémorrhagie. Ferons-nous donc de l'iritis droite une iritis simple, et donnerons-nous à celle de l'œil gauche le nom d'iritis hémorrhagique ? Evidemment non.

Mais, si l'hémorrhagie n'imprime pas à l'iritis un caractère particulier lors du début de cette affection, elle apparaît cependant au milieu d'un cortège de symptômes assez spéciaux. Ceux-ci sont caractérisés par le retour des accidents douloureux de l'iritis si la maladie était en décroissance, ou l'aggravation de ces symptômes si l'iritis était en pleine évolution.

Voici, d'habitude, comment les choses se passent :

« Si le malade était déjà en voie d'amélioration, presque convalescent, il est pris pendant un jour, quelquefois deux, d'une violente céphalée. L'injection périkératite qui avait disparu un moment revient subitement. Les douleurs ciliaires, qui s'étaient apaisées, reparaissent plus violentes. On assiste, un peu surpris, à cette recrudescence de la maladie dont on se croyait déjà maître, et tout à coup, presque toujours pendant la nuit, il se produit dans la chambre antérieure un épanchement de sang qu'on est tout étonné de constater le lendemain. » L'affection a suivi cette marche dans les observations XIX et XXIV.

D'autres fois le malade était en pleine évolution de son iritis ; les douleurs ciliaires augmentent, atteignent une

acuité plus considérable, la rougeur du globe s'accentue et l'hémorrhagie se produit.

Observation XXI

Fage.

X..., 46 ans, assez sanguin, rhumatisant. Pas de syphilis. Ni lésion cardiaque ni rigidité des artères. Urines normales.

Cet homme a présenté déjà une première poussée d'iritis rhumatismale dans les deux yeux. Ces deux iritis n'ont laissé aucun dépôt exsudatif dans le champ pupillaire, ni de troubles de la vision.

Le 11 avril, je vois le malade pour une nouvelle poussée d'iritis O D. Il existe du larmoiement, quelques douleurs périorbitaires, de l injection conjonctivale, une contraction marquée de la pupille, mais l'humeur aqueuse est peu troublée et la tension intra-oculaire reste normale.

Le 20 avril dans la soirée, le malade ressent une augmentation brusque des douleurs. La nuit, particulièrement est très mauvaise, et le lendemain, en revoyant le malade, je constate la présence d'un épanchement sanguin qui occupe le tiers inférieur de la chambre aqueuse, sans qu'aucun traumatisme puisse être incriminé.

L'œil, très enflammé, conserve sa tension normale. Le collyre à l'atropine est cependant remplacé pendant quarante-huit heures par des instillations de cocaïne. Application d'une ventouse scarifiée à la tempe.

Peu de jours après, l'hyphéma a complètement disparu. Un nouvel examen général du malade ne nous permit de rien relever d'intéressant chez cet homme, mais la numération de ses globules sanguins montre une hyperglobulie notable (5.670.000) sans qu'il y ait disproportion entre les globules blancs et les globules rouges.

Cette intensité particulière des phénomènes iritiques précédant l'apparition de l'hypohéma est admise par tous les auteurs.

Un seul point a suscité des discussions.

D'après Sabatier, au moment même de l'accident hémorrhagique « il se produit brusquement une sorte de crise favorable, l'œil devient pour ainsi dire indolore, et la chambre antérieure peut se remplir sans que le malade éprouve la moindre souffrance ».

Broca soutient une théorie contraire, et nous sommes de son avis. Cette indolence de l'œil survenant au moment de l'hémorrhagie, après une période de un ou deux jours pendant lesquels les phénomènes douloureux ont été portés à leur paroxysme s'expliquerait en effet assez mal ; d'ailleurs nous ne l'avons retrouvée dans aucune observation.

Mais ces symptômes douloureux qui précèdent l'épanchement ne sont pas de longue durée. Dans certains cas ils commencent à décroître sitôt l'apparition du sang, comme si la détente vasculaire subie par l'iris avait été le signal de leur apaisement. D'autres fois ils persistent pendant deux ou trois jours, mais en tous cas ils ont nettement diminué d'intensité longtemps avant la résorption complète de l'hémorrhagie.

L'hypohéma ne se présente pas toujours de la même façon au point de vue de la quantité de l'épanchement, de sa forme, de sa marche.

L'abondance du sang épanché est des plus variables. Dans le cas de Sabatier il fallait recourir à l'éclairage oblique pour en constater la présence. De même, dans

l'observation XVIII, l'hémorrhagie, eu égard à la petite quantité de sang et à la rapidité de la résorption, fut telle qu'on ne pouvait guère la considérer que comme un épiphénomène négligeable. En revanche, nous avons vu d'autres cas (Obs. IV par exemple) où la chambre antérieure était complètement remplie. Entre ces cas extrêmes, on peut rencontrer tous les intermédiaires.

Nous n'avons pas trouvé qu'il y eût de rapport bien net entre l'abondance de l'épanchement et la gravité des accidents ; à ce sujet, les observations sont des plus discordantes.

Il nous reste à voir maintenant comment se produit l'hémorrhagie.

L'hypohéma atteint-il d'emblée son maximum à l'instant de son apparition, et reste-t-il fixé à un niveau déterminé qu'il ne pourra dépasser les jours suivants, ou bien au contraire l'épanchement se fait-il progressivement et augmente-t-il peu à peu ?

L'un et l'autre de ces mécanismes ont pu être observés. Si l'on admet d'ailleurs que l'hémorrhagie reconnaît souvent pour cause une altération des parois vasculaires, il est naturel d'admettre aussi que plusieurs ruptures de capillaires puissent se produire dans un iris dont les vaisseaux sont altérés par le fait d'une diathèse et engorgés par suite d'une violente inflammation. Et ces ruptures de vaisseaux pourraient se produire à si peu de distance que l'hypohéma semblerait s'accroître progressivement.

Cette dernière hypothèse s'applique sans doute au cas suivant :

Observation XXII (résumée).

Broca.

P..., 71 ans, cataracte ancienne.

Nous sommes au quinzième jour à peu près de l'iritis.

Actuellement : cornée laiteuse. iris verdâtre, pupille étroite, déformée. adhérente au cristallin cataracté. jaunâtre.

Le 15 juillet, léger hyphéma.

Les jours suivants l'épanchement augmente. Les douleurs deviennent de plus en plus vives.

21 juillet. L'hyphéma remplit le quart inférieur de la chambre. Ponction à la pique. Issue d'un sang entièrement liquide. L'iris a une grande tendance à l'hémorrhagie et le sang s'en écoule sous nos yeux pendant la ponction.

22 juillet. Le sang ne s'est pas reproduit. Les douleurs oculaires ont cessé.

Mais cette observation est la seule dans laquelle on trouve relaté un semblable processus. Dans toutes les autres, l'épanchement a atteint du premier coup un niveau qu'il n'a plus dépassé ensuite.

Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas où une nouvelle hémorrhagie, s'ajoutant au reliquat du sang épanché la première fois, a pu accumuler dans la chambre antérieure une quantité de sang plus considérable qu'au premier abord. Ces cas, sur lesquels nous allons revenir tout à l'heure, ne peuvent être considérés comme une augmentation progressive de l'hypohéma.

Relativement à sa qualité, le liquide épanché est ordinairement de couleur rouge et a l'aspect du sang pur.

On trouve signalés dans certaines observations des

changements survenus dans la couleur de l'iris, mais à cet égard l'opinion des auteurs est des plus variables.

Les uns attribuent à l'iris une couleur jaunâtre, d'autres une teinte verte. Mais ces phénomènes sont-ils réellement la conséquence de l'hémorrhagie ? Il convient de les rapporter plutôt à l'inflammation de la membrane irienne. Le changement dans la couleur de l'iris en est un des symptômes ordinaires, et il varie selon la couleur normale habituelle de l'œil chez les différents individus.

Enfin, un dernier caractère clinique important de l'hypohéma chez les iritiques, c'est la fréquence des récidives. Reche a le premier attiré l'attention sur ce point. Dans un cas rapporté par lui, deux atteintes d'iritis antérieures s'étaient accompagnées d'hémorrhagie ; lors de la troisième poussée, le même phénomène se reproduisit deux fois.

Observation XXIII

Reche.

L. A..., secrétaire de chancellerie, souffre d'un rhumatisme chronique et a, depuis 1876, une iritis à la suite de laquelle sont restés des troubles du corps vitré.

En 1886, seconde iritis avec hypohéma.

Le 10 juin 1887, le malade revient avec une violente iritis de l'œil gauche en évolution. Toute la chambre antérieure est remplie d'un exsudat rougeâtre. Fortes synéchies postérieures. Pupille recouverte de couennes grises.

Le 13 juin, la chambre antérieure est remplie au quart d'un sang noirâtre coagulé. Violente inflammation Céphalée.

Le 20 juin. encore quelques traces de sang dans le fond de la chambre antérieure. Injection diminuée, tension normale.

28 juin. L'épanchement a de nouveau brusquement reparu.

Enfin, dans l'observation suivante, il se produisit même des récidives multiples.

Observation XXIV (résumée).

Teillais.

Le nommé B... plâtrier, est un syphilitique et un alcoolique.

Son affection oculaire datait de trois semaines, lorsqu'il vint à la clinique le 2 septembre 1893. Il s'agit d'une iritis plastique de l'œil droit.

Le 14 septembre, alors que les symptômes étaient en décroissance, le malade fut pris d'une céphalalgie intense pendant la nuit, et il présenta le lendemain dans la chambre antérieure une hémorrhagie abondante dont le niveau dépassait l'orifice pupillaire.

Le 18 septembre, c'est-à-dire quatre jours plus tard la résorption était presque absolue lorsque le flot sanguin fit une nouvelle irruption sans provoquer cette fois de douleur exagérée, ni d'exacerbation dans les autres symptômes.

Le sang mit huit jours à disparaître. Après une absence d'une semaine, le malade revint présentant une seconde récidive.

C'est ainsi que, dans un délai restreint, trois hémorrhagies se succédèrent sans avoir retardé la maladie d'une manière appréciable.

En effet, le 4 novembre, c'est-à-dire après deux mois et demi environ de durée, l'affection est terminée. Les produits d'exsudation, assez nombreux d'abord, ont disparu, et toutes les synéchies ont été déchirées, sauf en bas dans un département très

limité. Enfin l'œil a repris son aspect normal et la vision est très bonne.

L'épanchement se reproduisit de même dans les observations II, III et VIII.

Cette extrême facilité des récidives n'est d'ailleurs nullement surprenante, puisque nous avons admis, en étudiant l'étiologie que l'hypohéma dans l'iritis se produisait ou bien chez des gens dont les parois vasculaires sont dégénérées, ou bien chez des malades prédisposés aux hémorrhagies par des causes générales : hypertension artérielle, cardiopathies, troubles menstruels, vaso-moteurs, etc. Si dans ces conditions on observe des récidives ou plus exactement de nouvelles hémorrhagies, c'est que le terrain est toujours le même.

Enfin que devient le sang épanché dans la chambre antérieure ? En ce qui concerne la rapidité avec laquelle il se résorbe, on peut observer des différences considérables.

Pour Hutchinson et Galezowski, la disparition du sang serait toujours rapide ; Panas admet qu'il en est le plus souvent ainsi. Dans la plupart des cas que nous-mêmes avons pu suivre, la résorption totale de l'hypohéma s'est effectuée dans un laps de temps variable entre trois et huit jours. D'après Broca, au contraire, cette résorption se ferait bien plus lentement ; elle ne fut complète qu'après dix, treize et quinze jours chez les trois malades dont il a rapporté l'histoire. Dans quelques exemples signalés obs. VII) il persistait encore des traces de l'hémorrhagie après un délai de trois semaines.

Nous pouvons donc dire que cette régression plus ou moins facile n'a rien de fixe et varie selon les sujets. En tout cas, sa durée ne dépasse pas certaines limites ; on ne voit pas le sang séjourner dans la chambre antérieure pendant un temps indéterminé, comme dans certains hypohémas survenant en dehors de l'iritis, chez les glaucomateux par exemple.

Néanmoins l'épanchement peut quelquefois, chez les iritiques laisser pendant longtemps des traces de son existence. La partie séreuse du sang a disparu : il persiste seulement un reliquat de fibrine coagulée, de coloration jaunâtre ; dans quelques cas rares d'irido choroïdite ancienne, on voit s'ajouter à ce reliquat quelques granulations réfringentes dues à des cristaux de cholestérine.

Il semblerait que dans les cas où plusieurs accidents hémorrhagiques se sont succédés avant la fin de l'iritis, l'épanchement survenu en second lieu se soit résorbé moins rapidement que le premier. Nous signalons simplement cette particularité qui ressort de plusieurs faits observés sans tirer de là aucune conclusion.

CHAPITRE V

Valeur pronostique de l'hypohéma.

Etant donnée l'apparition d'un épanchement sanguin pendant le cours d'une iritis, quel pronostic convient-il de porter ?

Hutchinson attribue à ce phénomène un pronostic bénin « à moins que par exception le sang ne se produise en très grande abondance et ne séjourne très longtemps dans la chambre antérieure ». Teillais le considère comme une complication le plus souvent exempte de gravité.

Nous avons vu, en étudiant ses caractères cliniques, que l'hypohéma survenant dans ces conditions pouvait être envisagé comme un simple accident de l'iritis, incapable de modifier d'une manière sensible la marche de l'affection oculaire, malgré les circonstances dramatiques de son apparition ; nous croyons qu'il ne comporte pas non plus un pronostic spécial.

« Bien qu'il n'aggrave pas, à proprement parler, l'iritis, il en dénote une forme plus aigue, il en prolonge plus

ou moins la durée, sans en compromettre généralement la terminaison ». (Fage.)

Cependant quelques auteurs, plus pessimistes, ont émis une appréciation opposée.

D'après Broca, l'hémorrhagie serait grave et pour deux raisons :

1° Sa présence peut contribuer à entretenir le processus inflammatoire ;

2° Elle augmente la tension intra-oculaire et détermine des douleurs quelquefois très vives.

D'abord il n'est pas prouvé que le séjour du sang dans la chambre antérieure puisse aggraver les symptômes iritiques ; ceux-ci s'amendent au contraire et disparaissent même très souvent avant la résorption de l'exsudat ; ensuite nous savons que l'iris, même sain, peut supporter pendant très longtemps (plusieurs mois, dans un cas cité par Weber) le contact d'une collection sanguine sans éprouver de ce chef la moindre réaction inflammatoire.

Quant aux phénomènes d'hypertension dont parle Broca, ils seraient des plus rares et ne sont peut-être pas forcément imputables à l'hémorrhagie. Sans doute les douleurs ciliaires qui précèdent de vingt-quatre ou quarante-huit heures son apparition, peuvent persister encore quelque temps après que celle-ci s'est produite. Le malade accuse une sensation de plénitude intra-oculaire, mais les accidents d'hypertonie véritable, avec dureté nettement constatée du globe ne se retrouvent que dans une seule observation, et encore dans ce cas

la quantité de sang épanché était si faible qu'elle peut à peine être incriminée.

Selon Imre, l'hypohéma pourrait encore amener des phénomènes glaucomateux par suite de sa non résorption.

Pour étayer son opinion il s'appuie sur la théorie de Knies : « Les substances diffusibles du sang, dit-il, sont très vite résorbées à travers la cornée ; la fibrine disparaît lentement, puis les globules sanguins. Ces résorptions doivent se faire par le canal de Schlemm, ainsi que Weber et Knies l'ont montré dans leurs ouvrages. D'après ces travaux il y a la plus grande vraisemblance pour que dans bien des cas le glaucome soit le résultat d'une inflammation autour du canal de Schlemm. Si nous nous reportons aux conditions de l'hyphéma, nous voyons que le caillot de fibrine aussi bien que les globules sanguins, peuvent rendre imperméable la région du ligament pectiné. Si ces interstices servant à la résorption ne sont pas occlus mécaniquement, nous pouvons croire qu'il s'y produit de tels changements (par exemple, l'organisation du sang épanché) qu'il y a d'invincibles obstacles à la résorption. »

Cette explication semble bien théorique ; d'ailleurs le point de départ sur lequel s'est basé Imre est des plus discutables. Nous savons en effet, depuis les travaux de Panas et Rochon-Duvigneaud, que l'oblitération de l'angle irido-kératique, la soudure de Knies pour employer l'expression consacrée, n'est point la cause initiale du glaucome, mais seulement un état consécutif à des poussées glaucomateuses répétées.

Rien ne nous porte donc à considérer l'hypohéma de l'iritis comme susceptible de déterminer du glaucome. Il est probable qu'une confusion a été établie à ce propos. Si dans plusieurs cas l'hypertonie a coïncidé avec des hémorrhagies au cours même d'une iritis, ces hémorrhagies n'étaient-elles pas imputables à un état glaucomateux préexistant bien plus qu'à l'inflammation irienne ? A notre avis, il n'existe entre l'iritis hémorrhagique véritable et le glaucome aucun rapport, sinon que ces deux affections sont l'une et l'autre l'indice d'une altération vasculaire plus ou moins profonde, tant dans la circulation oculaire, iris et chiroïde, que dans l'état général.

L'iritis accompagnée d'hémorrhagie a été accusée d'autres méfaits encore ; on a dit notamment qu'elle prédisposait d'une façon toute spéciale aux synéchies postérieures, grâce à la compression plus facile de l'iris contre la cristalloïde par un épanchement abondant, et à l'agglutinement ultérieur de ces deux membranes. Ce fait, il est vrai, a pu se produire en certains cas, et plusieurs de nos observations le mentionnent. Mais nous ne voudrions pas en conclure que ces synéchies soient en réalité plus fréquentes dans l'iritis avec hypohéma, car toute iritis, quelle qu'elle soit, accompagnée ou non de phénomènes hémorrhagiques, est susceptible d'engendrer des adhérences de l'iris au cristallin.

En somme, toutes ces objections ne sont pas très bien fondées. La présence d'un épanchement sanguin dans la chambre antérieure n'implique pas une gravité spé-

ciale à l'évolution de l'affection oculaire: nous dirons même qu'elle ne contrarie en rien sa terminaison favorable. C'est ainsi que chez le malade qui fait le sujet de l'observation XXII, trois hémorrhagies se succédèrent dans un délai restreint ; et cependant, deux mois et demi après le début des symtômes, tout est terminé : « l'œil a repris son aspect normal, et la vision est très bonne ».

Si maintenant nous négligeons le symptôme particulier, l'hypohéma, pour ne considérer que la cause qui l'a produit, il importe cependant de faire quelques réserves. Nous en citerons seulement trois exemples.

L'une des malades de Teillais (Obs. IV revint le trouver un an après la guérison de son iritis hémorrhagique. Cette dame présentait alors une extravasation sanguine considérable de la région maculaire, avec cécité complète.

De même, Guilbaud (1) cite un jeune homme chez lequel l'iritis hémorrhagique s'accompagna aussi d'hémorrhagies rétiniennes et choroïdiennes, avec épanchement dans le corps vitré.

Nous avons pu enfin observer deux malades, tous les deux devenus syphilitiques à un âge très avancé, chez lesquels l'hypohéma fut suivi, après un délai de quelques mois, d'hémorrhagie cérébrale.

L'apparition de semblables accidents ne devra pas surprendre. Ces phénomènes n'ont assurément aucune

(1) Guilbaud. Rétinite prohibérante. *Thèse*, Paris, 1897.

relation directe avec l'épanchement sanguin de l'iris, mais comme lui, ils témoignent d'un trouble circulatoire général ou d'une altération vasculaire profonde : à ce titre ils méritent donc d'être signalés.

CHAPITRE VI

Considérations thérapeutiques

L'hémorrhagie de la chambre antérieure peut-elle donner lieu, chez les iritiques, à quelques indications spéciales au point de vue du traitement?

A cet égard, les auteurs ont émis des opinions très différentes. Cette diversité des sentiments s'explique aisément par les théories contradictoires qu'ils professent au sujet du pronostic de cet accident.

Imre, partant de ce principe que l'hypohéma est non pas le résultat, mais bien la cause de l'iritis, devait être admis à diriger tous ses efforts contre l'épanchement sanguin ; aussi conclut-il à l'urgence de la paracentèse. C'est pour lui une règle absolue dans les hypohémas survenus à la suite d'une opération de cataracte. Dans les autres cas, il se montre un peu plus timide ; on doit attendre alors quatre à cinq jours avant d'intervenir. Lorsque, au bout de ce temps, l'épanchement ne s'est pas résorbé, la même conduite que précédemment s'impose. « Quoique, dans ces circonstances, la présence de phénomènes inflammatoires nous oblige à certaines réserves, je crois, dit-il, qu'on doit quand même se risquer, à cause de l'intérêt capital qu'offre l'évacuation

de l'hypohéma, sans autre danger plus grand que la possibilité de sa reproduction, »

La paracentèse est également conseillée par Broca; mais ce dernier y met beaucoup moins d'insistance. « On a tort de la considérer comme une panacée universelle contre tous les hypohémas. La ponction fait cesser un symptôme, elle ne guérit pas la maladie, et l'on ne saurait lui attribuer une vertu curative positive. »

Nous avons vu, en étudiant la question du pronostic, que l'hémorrhagie n'imprimait à l'iritis aucun caractère de gravité spéciale. La grande majorité des malades dont nous avons rapporté l'histoire n'ont pas subi de ponction, et cependant la plupart d'entre eux ont guéri sans que l'affection oculaire ait été sensiblement prolongée. Pourquoi donc vouloir s'acharner contre un symptôme en somme accessoire, et le plus souvent inoffensif? Nous pensons que la paracentèse est au moins inutile dans les cas ordinaires, et que ses indications sont rares.

En second lieu, cette intervention, si légère soit-elle, n'est pas absolument exempte de dangers. Nous ne parlerons pas des chances d'infection, celles-ci seront facilement évitées grâce à une antisepsie rigoureuse; mais le fait même de l'opération, la simple introduction de l'aiguille à paracentèse peut déterminer une augmentation de phénomènes réactionnels du côté de l'iris et du corps ciliaire irrités. En principe, on devra donc, à moins d'urgence absolue, s'abstenir de toute intervention chirurgicale dans un œil atteint d'iritis.

Puisque le symptôme hypohéma ne réclame pas par lui-même aucune thérapeutique active, on devra

se contenter du traitement habituel de l'iritis. Il importe cependant de faire quelques réserves, notamment en ce qui concerne l'administration de l'atropine. A ce propos, il ne sera peut-être pas inutile, malgré la banalité du fait, de rappeler brièvement quels sont les effets thérapeutiques de l'atropine et quelles précautions on doit apporter à son emploi dans le cas qui nous occupe.

L'action mydriatique de l'atropine est favorable de deux façons chez les iritiques : 1° Elle prévient les synéchées ou favorise la rupture de celles qui étaient déjà formées ; 2° Elle met l'iris au repos et remplit à son égard le même rôle que l'appareil immobilisateur dans l'arthrite ; enfin elle jouit de propriétés anesthésiques.

Mais, en même temps qu'elle détermine la mydriase, l'atropine exerce en outre une vaso dilatation considérable, et parfois elle provoque une exagération marquée du tonus oculaire ; ces phénomènes sont surtout à craindre chez les athéromateux dont les vaisseaux menacent de céder sous l'effort le plus faible.

Or, nous savons que l'hyphéma chez les iritiques dénote presque toujours des altérations vasculaires, qu'il récidive avec la plus grande facilité, qu'il s'accompagne parfois d'une hypertonie du globe, que l'angle irido-kératique peut même être en parti obstrué. Toutes ces considérations devront nous rendre particulièrement sobres dans l'administration de l'atropine, par crainte, soit de nouvelles hémorrhagies, soit d'accidents plus graves.

Au début de l'affection, on instillera trois fois par jour

quelques gouttes d'un collyre à $\frac{1}{200}$ au maximum. Ce titre ne devra pas être dépassé dans le cas présent. Si la dilatation irienne tarde à se produire, au lieu d'utiliser des solutions plus fortes d'alcaloïde, il sera indiqué d'associer dans la même formule plusieurs mydriatiques. On pourra, par exemple, employer le collyre suivant :

Sulfate neutre d'atropine	0,02 à 0,04 centigr.
Chlorhydrate de cocaïne	0,05
Eau distillée	10

Ainsi que le fait remarquer M. le professeur de Lapersonne, dans ces associations, les deux médicaments, même à doses très faibles, multiplient pour ainsi dire leurs effets mydriatiques respectifs, sans provoquer d'hypertonie. On pourra de cette sorte, obtenir avec un moindre risque une action beaucoup plus puissante.

Une fois la pupille dilatée, on devra espacer les instillations plus encore que dans une iritis ordinaire.

A part cette considération le traitement n'a rien de spécial. Les révulsifs locaux, sangsues à la tempe ou à la région mastoïdienne, ventouses scarifiées, seront surtout de mise lors de la poussée douloureuse qui précède l'apparition de l'épanchement.

Pour diminuer la photophobie, nous conseillerons avec tous les auteurs le repos de l'œil sous un bandeau occlusif que nous remplacerons au bout de quelques jours par un bandeau flottant, puis par des lunettes teintées.

On s'adressera également à l'état général en prescri-

vant du salycilate de soude aux rhumatisants, de lithine si les malades sont goutteux.

Dans l'iritis de nature spécifique, le traitement hydrargyrique primera tous les autres ; on accordera la préférence soit aux frictions mercurielles, soit aux injections intra-musculaires de sels solubles. Les injections intra-veineuses de cyanure, pratiquées dans des conditions parfaites de technique et d'asepsie, seront encore plus efficaces.

Enfin, dans des cas exceptionnels d'hypohémas considérables déterminant manifestement par sa présence des accidents douloureux et de l'hypertonie, si l'on a lieu de craindre des désordres sérieux, on devra recourir à la paracentèse. Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire de cette intervention. La seule précaution à prendre est d'éviter un écoulement trop brusque du sang qui, en abaissant d'une façon subite la pression intra-oculaire, pourrait être la cause d'hémorrhagies *ex vacuo*.

En terminant nous dirons un mot des hypohémas survenant chez les gens âgés à la faveur d'un glaucome plus ou moins latent, même pendant une atteinte bénigne d'iritis. Dans ce cas il importe surtout de rattacher l'épanchement à sa véritable cause, car une erreur de diagnostic serait des plus préjudiciables. Peut-être une légère sclérotomie, pratiquée après la résorption totale de l'exsudat, pourrait elle devenir efficace en retardant jusqu'à un certain point, l'éclosion des accidents glaucomateux.

CONCLUSIONS

1° L'hypohéma peut s'observer chez les iritiques dans trois circonstances différentes :

a) Dans une iritis récente particulièrement intense ; ici l'épanchement est imputable à l'acuité même de l'inflammation ;

b) Dans une iritis récidivante ou chronique ; il est lié alors à la rupture de synéchies ou de néomembranes vasculaires ;

c) Enfin chez des individus en imminence d'accidents glaucomateux ; dans cette dernière variété il ne présente aucun rapport avec l'iritis.

2° Nous considérons l'hypohéma comme une complication de l'iritis ; il ne caractérise pas une forme clinique spéciale de cette affection, et la dénomination d'iritis hémorrhagique ne semble pas indiquée.

3° L'étiologie de cet épanchement est celle des hémorrhagies en général : altérations vasculaires, dyscrasies sanguines, hypertension artérielle, troubles vaso-moteurs ; à ces causes nous en ajouterons une dernière, à savoir l'état local de l'iris.

4° Après une accentuation très marquée de la douleur et des symptômes inflammatoires de l'iritis, le sang

apparaît brusquement et se répand en quantité variable dans la chambre antérieure. Sa résorption, le plus souvent rapide, peut cependant durer quelques semaines. Les récidives sont fréquentes ; plusieurs épanchements successifs peuvent se produire avant la terminaison de l'iritis.

5° Malgré les phénomènes graves qui ont précédé son apparition, l'hypohéma est d'un pronostic bénin ; il n'influe en rien sur la terminaison favorable de l'affection oculaire.

6° L'hypohéma ne réclame dans l'iritis aucune thérapeutique spéciale. On devra seulement redoubler de prudence dans l'emploi des mydriatiques, par crainte des phénomènes douloureux et hypertoniques, ou de nouvelles hémorrhagies. La paracentèse de la chambre antérieure sera réservée à des cas exceptionnels.

Le Président de Thèse
DE LAPERSONNE.

Vu : Le Doyen
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abadie. — Traité pratique des maladies des yeux, 1876.

— Annales d'oculistique, 1900, 1er semestre.

Alt (A.). — Hémorrhagic iritis with spongy exsudation. Arch. f. Aug. n. ohr. Wiest, 1877, VI.

Bouchard. — Traité de pathologie générale.

Broca. — Contribution à l'étude des hypohemas consécutifs aux iritis et aux irido-cyclites. Archiv. d'opht., 1883, p. 410.

Brunelle. — Sur certaines formes d'hypohémas. Bulletin médical du Nord, p. 517, 1890.

Carron du Villards. — Guide pratique pour l'étude et le traitement des maladies des yeux, t. II, p. 158 et 165.

Desmarres. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, 1847, p. 368 et 412.

Dieulafoy. — Manuel de pathologie interne.

Fage. — L'hémorrhagie dans l'iritis. In Clinique ophtalmolog., 1902, p. 257.

Fano. — Iritis syphilitique à forme hémorrhagique. Journal d'oculistique, 1882.

Follin et Duplay. — Traité de pathol. ext., p. 345, t. II.

Fuchs. — Manuel d'ophtalmologie, p. 330.

Galezowski. — Traité des maladies des yeux, p. 350.

— Iritis goutteuse avec hypohéma. Recueil d'ophtalm. Paris, 1879.

Guilbaud. — De la rétinite proliférante. Thèse, Paris, 1897.

Guttmann. — Communication au Congrès de Berlin, 1892.

Hutchinson. — Ophtalm. Hospit. Rép. Lond., VIII, p. 3, 1876.

— Opht. Trans. of the M. K., 1888.

Imre. — Berlin. Klin. Wochenschr., 1878, p. 599.

Jamain et Terrier. — Manuel de pathol. chirurg., t. III, p. 205.

Kennet-Scott. — Société ophtalmologique du Royaume-Uni, séance du 19 octobre 1893.

Lawrence. — Traité pratique des maladies des yeux, 1830, p. 236.

Leblanc. — Traité des maladies des yeux observées chez les principaux animaux domestiques, 1824, p. 357.

Panas. — Traité des maladies des yeux, t. I.

Pichat. — De l'iritis avec hémorrhagie. Thèse, Paris, 1896.

Reche. — Drei falle von Iritis hémorrhagique. Klin. monat. f. f. Aug. Stutt., 1892.

Sabatier. — Des hypohémas consécutifs aux opérations de cataractes, en particulier par l'extraction linéaire. Lyon médical, 1879, p. 82.

Teillais. — Communication au Congrès ophtalmologique de Paris, 1894.

De Wecker et Landolt. — Traité complet d'ophtalmologie.

Zimmermann. — Archives of Ophtalmology, 1893, vol. XXII, n° VII.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN BUZANÇAIS, (INDRE).